A decorative graphic on the left side of the page consists of a large blue triangle pointing right, followed by a series of smaller triangles in shades of grey, green, and blue, arranged in a pattern that suggests movement or a path.

Granskning av det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen

Rapport

Skövde kommun

2025-10-20

Antal sidor: 22

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	Sammanfattning	3
2	Bakgrund	5
2.1	<i>Syfte, revisionsfrågor och avgränsning</i>	5
2.2	<i>Revisionskriterier</i>	6
2.3	<i>Metod</i>	7
3	Resultat av granskningen	8
3.1	<i>Organisation och ansvar</i>	8
3.1.1	Vård- och omsorgsnämnden	8
3.1.2	Äldreomsorgen i Skövde kommun	8
3.2	<i>Styrning, uppföljning och ledningssystem</i>	8
3.2.1	Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan och mål	8
3.2.2	Internkontrollplan	9
3.2.3	Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete	11
3.3	<i>Riskanalyser och egenkontroll</i>	11
3.3.1	Riskanalyser	11
3.3.2	Egenkontroller	12
3.3.3	Bedömning	13
3.4	<i>Avvikelser, klagomål och synpunkter</i>	13
3.4.1	Avvikelser	14
3.4.2	Klagomål och synpunkter	16
3.4.3	Bedömning	16
3.5	<i>Missförhållanden</i>	17
3.5.2	Bedömning	18
3.6	<i>Kompetens hos omsorgspersonalen</i>	18
3.6.1	Kompetens avseende kvalitetsarbetet	18
3.6.2	Språkkunskaper hos personal	19
3.6.3	Bedömning	20
4	Samlad bedömning och rekommendationer	22

1 SAMMANFATTNING

Azets Revision & Rådgivning har av Skövde kommuns revisorer fått i uppdrag att granska det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen.

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom särskilt boende och hemtjänst.


Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom särskilt boende och hemtjänst.

Det finns tydliga riktlinjer, rutiner och etablerade arbetsätt för det systematiska kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen. Verksamhetens kvalitet följs regelbundet genom bland annat egenkontroller som genomförs tertialvis, inom ramen för nämndens internkontrollarbete och samlat i den årliga patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen.

Sedan en tid tillbaka rapporteras och hanteras avvikelser i ett nytt avvikelshanteringssystem. I granskningen framkommer att systemet underlättar rapporteringen av avvikelser, men att systemet upplevs som mer resurskrävande vid utredning av avvikelser. Detta uppges resultera i att utredningar inte alltid genomförs inom fastställda tidsramar. I en stickprovskontroll som genomförts inom ramen för nämndens internkontrollarbete framgår att 42 procent av avvikelserna inom sektor Vård och omsorg saknar en dokumenterad utredning. Ett väl fungerande systemstöd är enligt vår bedömning centralt för att säkerställa att avvikelser hanteras enligt fastställda riktlinjer och för att det systematiska kvalitets- och förbättringsarbetet ska kunna bedrivas effektivt.

När det gäller språkkunskaper hos omsorgspersonal framkommer att det finns utmaningar som påverkar förutsättningarna att säkerställa en vård och omsorg av god kvalitet, särskilt kopplat till dokumentationskvalitet. Verksamheterna arbetar idag med bland annat språkbud och dokumentationsombud i syfte att stödja kollegor i språkutveckling och stärka kvaliteten i dokumentationen. Vi bedömer att det är av vikt att dessa språkhöjande insatser följs upp och utvärderas för att säkerställa att personal har tillräckliga språkkunskaper för att kunna bidra till en vård och omsorg av god kvalitet.

I det följande redovisas våra samlade bedömningar av respektive revisionsfråga.

<div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 5px;"> Nej Endast delvis I allt väsentligt Ja </div> 	
Revisionsfråga	Bedömning
Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt ett att det finns ett etablerat arbetsätt för riskanalys och egenkontroll?	I allt väsentligt

Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt att klagomål, synpunkter och avvikelser tas emot, utreds, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten?	Endast delvis
Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt att missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras, utreds och åtgärdas för att säkerställa kvaliteten?	I allt väsentligt
Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt att personalen har kompetens vad gäller kvalitetsarbetet i verksamheten?	I allt väsentligt
Har vård- och omsorgsnämnden vidtagit åtgärder i syfte att höja omsorgspersonalens språkkunskaper som bidrar till att säkerställa en vård och omsorg av god kvalitet inom särskilt boende och hemtjänst?	I allt väsentligt

För närmare beskrivning av bakgrunden till våra bedömningar hänvisar vi till respektive avsnitt i revisionsrapporten.

Utifrån våra iakttagelser och bedömningar rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- Säkerställa att det nya avvikelshanteringssystemet fungerar ändamålsenligt och stödjer arbetet med att hantera och utreda rapporterade avvikelser.
- Säkerställa att utredning av rapporterade avvikelser genomförs inom fastställda tidsramar.
- Tillse att egenkontroller inom äldreomsorgen även grundas på riskanalyser som genomförs på enhetsnivå.
- Överväga att se över internkontrollplanens utformning för att tillse att planen innehåller uppföljande kontroller och att övriga aktiviteter planeras på annat sätt.
- Följa upp och utvärdera effekterna av språkbudens och dokumentationsombudens arbete i syfte att bedöma om insatserna leder till förbättrade språkkunskaper inom äldreomsorgen.
- Se över behovet av ytterligare språkhöjande insatser inom äldreomsorgen utifrån identifierade behov.

2 BAKGRUND

Azets har av Skövde kommuns revisorer fått i uppdrag att granska det systematiska kvalitetsarbetet i vård- och omsorgsnämnden.

Den som bedriver socialtjänst ansvarar för att det finns ett ledningssystem i verksamheten. Ledningssystemet ska enligt Socialstyrelsens föreskrifter användas för att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra verksamhetens kvalitet. Socialstyrelsen konstaterar att *"... verksamheten ska med stöd av ledningssystemet planera, leda, kontrollera, följa upp, utvärdera och förbättra verksamheten"*.

Inom ramen för förbättringsarbetet ska enligt Socialstyrelsen stor vikt läggas vid förebyggande åtgärder såsom riskanalyser för att kunna förhindra att vårdskador, missförhållanden och andra avvikelser inträffar. Därtill betonar Socialstyrelsen att egenkontroller ska genomföras för att undersöka verksamhetens resultat och kontrollera kvaliteten. Vidare ska rapporter, klagomål och synpunkter tas emot och utredas för att därefter sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Om verksamheten inte uppfyller befintliga krav återfinns en avvikelse som alltid ska åtgärdas. Vad gäller avvikelser skriver Socialstyrelsen att *"... avvikelser ska dels åtgärdas, dels ska processer och rutiner ses över så att den som bedriver verksamheten med stöd av dem kan säkra att en inträffad avvikelse inte inträffar igen"*. Vid missförhållanden eller vid risker för missförhållanden ska alltid en Lex Sarah (omsorg) alternativt Lex Maria (hälso- och sjukvård) upprättas.

Socialstyrelsen betonar att personalens kompetens och medverkan i kvalitetsarbetet som särskilt viktigt. All personal är skyldig att arbeta utifrån rutiner och processer. Det föreligger även rapporterings- och dokumentationsskyldighet för all personal. En förutsättning för att detta ska fungera är att personalen har nödvändig kunskap.

Av brukarundersökningen *"Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?"* framgår att 78 respektive 88 procent av brukarna inom särskilt boende och hemtjänsten i Skövde uppger att omsorgspersonalen pratar och förstår svenska. Detta är ett resultat som placerar Skövde bland de 50 procent mittersta kommunerna i landet.

Revisorerna har i sin risk- och väsentlighetsanalysen för år 2025 bedömt att det finns en risk för bristande kvalitet inom äldreomsorgen. Revisorerna har därför beslutat att genomföra en fördjupad granskning av det systematiska kvalitetsarbetet.

2.1 SYFTE, REVISIONSFRÅGOR OCH AVGRÄNSNING

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom särskilt boende och hemtjänst.

Granskningen har omfattat följande revisionsfrågor:

- Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt ett att det finns ett etablerat arbetssätt för riskanalys och egenkontroll?
- Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt att klagomål, synpunkter och avvikelser tas emot, utreds, sammanställas och analyseras för att säkerställa kvaliteten?
- Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt att missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras, utreds och åtgärdas för att säkerställa kvaliteten?
- Har vård- och omsorgsnämnden säkerställt att personalen har kompetens vad gäller kvalitetsarbetet i verksamheten?
- Har vård- och omsorgsnämnden vidtagit åtgärder i syfte att höja omsorgspersonalens språkkunskaper som bidrar till att säkerställa en vård och omsorg av god kvalitet inom särskilt boende och hemtjänst?

Granskningen har avgränsats i enlighet med revisionsfrågorna. Granskningen avser vård- och omsorgsnämnden. Granskningens avgränsas till att avse verksamheterna särskilt boende och hemtjänst i egen regi.

2.2 REVISIONSKRITERIER

Granskningen har utgått från nedanstående revisionskriterier. Med revisionskriterier avses de bedömningsgrunder som ligger till grund för bedömningar och slutsatser som framgår i granskningen.

I granskningen har revisionskriterierna utgjorts av:

- **Kommunallagen (2017:725):** Enligt kommunallagen har nämnderna ansvar för att var och en inom sitt område se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de bestämmelser i lag eller annan författning som gäller för verksamheten. Likaså ska nämnderna se till att den interna kontrollen är tillräcklig och att verksamheten bedrivs på ett i övrigt tillfredställande sätt.
- **Socialtjänstlagen (2025:400):** Enligt socialtjänstlagen ska insatser inom socialtjänsten vara av *god kvalitet*. God kvalitet innebär bland annat att vården och omsorgen ska vara säker. Vidare framgår i socialtjänstlagen hur allvarliga missförhållanden eller påtagliga risker för missförhållanden ska hanteras genom att dokumenteras, utredas, avhjälpas eller undanröjas utan dröjsmål. Likaså ska anmälan snarast ske till Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- **Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete (2011:9) med tillhörande handbok:** Socialstyrelsen har utfärdat föreskrifter som avser att systematiskt och fortlöpande utveckla och säkra kvaliteten. Därtill har Socialstyrelsen utfärdat en handbok som närmare beskriver hur det systematiska kvalitetsarbetet ska bedrivas.

- **Socialstyrelsens stödmaterial och underlag för utveckling av personalens språkförmåga i äldreomsorgen:** Skriften beskriver juridiska utgångspunkter och goda exempel på språkutvecklande insatser för omsorgspersonalen.
- **Interna styrdokument:** Exempelvis reglemente, riktlinjer och rutiner för avvikelshantering och Lex Sarah, ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete med mera.

2.3 METOD

Granskningen har genomförts genom:

- Dokumentstudier av riktlinjer avseende ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete, rutiner för bland annat avvikelshantering, lex Sarah, riskanalyser, egenkontroller samt synpunkter och klagomål.
- Intervjuer med vård- och omsorgsnämndens presidium, sektorchef för vård och omsorg, socialt ansvarig samordnare (SAS), avdelningschefer för hemtjänst och särskilt boende, enhetschefer inom särskilt boende och hemtjänst samt undersköterskor inom särskilt boende och hemtjänst.
- En övergripande analys avseende rapporterade avvikelser och lex Sarah inom verksamheterna.

De bedömningar som avlämnas i granskningen har utgått ifrån följande bedömningsnivåer.



De personer som har intervjuats inom ramen för granskningen har erbjudits möjlighet att faktagranska rapportens innehåll.

3 RESULTAT AV GRANSKNINGEN

3.1 ORGANISATION OCH ANSVAR

3.1.1 Vård- och omsorgsnämnden

I *Reglemente Vård- och omsorgsnämnden*¹ framgår att vård- och omsorgsnämnden ansvarar för att fullgöra kommunens uppgifter inom socialtjänsten och vad som anges i lag beträffande omsorg om äldre människor. Nämnden har ett ansvar att övervaka att fullmäktiges fastställda kvalitetskrav, mål, riktlinjer, program för verksamheten och ekonomi följs upp, samt att följa hur den interna kontrollen sköts.

När det gäller det systematiska kvalitetsarbetet anges det i reglementet att nämnden ska arbeta med uppföljning, utvärdering och kvalitetsarbete inom den egna verksamheten. Nämnden ska också säkerställa att den interna kontrollen av verksamheten är tillräcklig, samt ta initiativ till förbättringar och utveckling av den egna verksamheten.

3.1.2 Äldreomsorgen i Skövde kommun

Skövde kommuns tjänstepersonsorganisation är uppdelad i sektorer. Äldreomsorgen ingår i sektor Vård och omsorg som ansvarar för insatser till äldre och personer med funktionsnedsättning. Sektorn leds av en sektorchef och är uppdelad i fem avdelningar. Därtill finns även en utvecklingsenhet där olika stödfunktioner för sektorn kvalitets- och utvecklingsarbete ingår. Enheten leds av en kvalitets- och utvecklingschef och består bland annat av socialt ansvarig samordnare (SAS) och medicinskt ansvarig sjuksköterska (MAS).

Hemtjänsten är organiserad inom en avdelning för hemtjänst. Avdelningen leds av en avdelningschef och består av 12 hemtjänstområden samt två övergripande hemtjänstenheter (en nattenhet och enheten "Trygg hemma"). För dessa områden finns 14 enhetschefer som ansvarar för cirka 400 anställda. När det gäller *särskilt boende* är verksamheten organiserad inom en avdelning för äldreboende. Avdelningen leds av en avdelningschef och omfattar åtta äldreboenden med totalt 456 platser. För dessa äldreboenden finns det 16 enhetschefer som ansvarar för cirka 600 anställda.

3.2 STYRNING, UPPFÖLJNING OCH LEDNINGSSYSTEM

3.2.1 Vård- och omsorgsnämndens verksamhetsplan och mål

I vård- och omsorgsnämndens *Verksamhetsplan 2025 - 2027*² fastställs två prioriterade utvecklingsmål med utgångspunkt i nämndens grunduppdrag. Kopplat till dessa utvecklingsmål finns ett antal indikatorer som enligt verksamhetsplanen ska möjliggöra en kvalitativ och sammantagen analys av måluppfyllelsen.

Ett av vård- och omsorgsnämnden utvecklingsmål är "*Den enskilde ska vara delaktig och ha inflytande över sin vård och omsorg*". I verksamhetsplanen anges att delaktighet är viktigt för den enskilde och att denne ska ha inflytande över sin vård, vilket uppges bidra till god livskvalitet för den enskilde och en bättre verksamhet. Kopplat till målet fastställs konkreta effekter och mätbara

¹ Reglemente Vård- och omsorgsnämnden, beslutat av kommunfullmäktige 2022-05-30 §69

² Verksamhetsplan 2025 - 2027. Vård och omsorgsnämnden.

indikatorer. De konkreta effekterna beskrivs vara "God upplevd livskvalitet, ökad delaktighet och inflytande", "Stärkt påverkansmöjlighet och självbestämmande över sitt liv" och att "Öka den enskildes involvering vid verksamhetsutveckling". Av de indikatorer som fastställts är följande relevanta för äldreomsorgen:

- Andel aktuella genomförandeplaner
- Andel brukare som varit delaktig i sin genomförandeplan
- Brukarbedömning hemtjänst - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)
- Brukarbedömning särskilt boende - hänsyn till åsikter och önskemål, andel (%)
- Regelbundna boråd – äldreboende

En uppföljning av målen ska redovisas i samband med tertialrapporter och i verksamhetsberättelsen. I tertialrapport 2 för vård- och omsorgsnämnden framgår uppföljning av de två indikatorerna som berör genomförandeplaner. Där var utfallet per augusti 98,6 procent (andel aktuella genomförandeplaner) respektive 95,1 procent (andel brukare som varit delaktig i sin genomförandeplan).

I verksamhetsplanen anges vidare att nämnden utöver de prioriterade utvecklingsmålen ska följa upp och kvalitetssäkra sitt grunduppdrag. Syftet beskrivs vara att säkerställa att nämnden utför sitt grunduppdrag med god kvalitet och till en rimlig kostnad. Uppföljningen ska omfatta:

- Kundens/medborgarens uppfattning/upplevelse (t.ex. nöjdhet med bemötande/tjänstens utförande etc.),
- Verksamhetens kvalitet (t.ex. tillgänglighet, handläggningstid, personalkontinuitet i verksamheten)
- Verksamhetens kostnadseffektivitet (t.ex. kostnad per brukare/elev/invånare, nettokostnadsavvikelse eller referenskostnader)

Det framgår vidare att uppföljningen av grunduppdraget ska vara tillräckligt omfattande för att kunna bedöma verksamhetens kvalitet och effektivitet, men att den inte behöver vara heltäckande ur samtliga perspektiv. När det gäller det systematiska kvalitetsarbetet utifrån lagar och föreskrifter hänvisas till sådan uppföljning för mer detaljerad uppföljning av kvaliteten inom verksamheten, exempelvis i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen som fastställs årligen.

3.2.2 Internkontrollplan

Vård- och omsorgsnämnden fastställer årligen en internkontrollplan. I *Bilaga: VP Internkontrollplan 2025*³ framgår granskningar och åtgärder som nämnden beslutat om för år 2025 utifrån en genomförd riskanalys. Totalt framgår en granskning och 17 åtgärder för att stärka den interna kontrollen i verksamheten. Nedan framgår de åtgärder/granskningar som har en koppling till kvalitetsarbetet inom äldreomsorgen:

Område	Risk	Granskning/åtgärd	Beskrivning
--------	------	-------------------	-------------

³ Bilaga: VP Internkontrollplan 2025. Vård och omsorgsnämnden.

Verkställighet SoL och LSS	Fel och brister i utförd insats	Avvikelsehantering	Granska hur den nya avvikelsehanteringen fungerar i Lifecare. Följsamhet till rutin/instruktion.
Basala hygienrutiner	Vårdrelaterade infektioner	Egenkontroll basal	Planera för egenkontroll basal hygien. Frågor inom området som enhetschefen ska svara på i Hypergene som en del i det systematiska kvalitetsarbetet. Vid brister planerar chefen åtgärder.
Förebyggande	Risk för fallolycka	Välfärdsteknik i fallpreventivt syfte	Arbete tillsammans med SKR. Arbetet med att kartlägga behoven och ta fram en försörjningsstrategi.
Hantera avvikelser	Vi upprepar fel	Nytt system för avvikelsehantering	Byte av system för avvikelsehantering. Procapita till Lifecare.
Kontroll av privata utförare	Brister i kvalitet	Identifiera löpande kontroller	Kartlägga och beskriva vilka löpande kontroller som görs för att kontrollera kvaliteten hos privata utförare.
Verkställighet SoL och LSS	Brister i dokumentation	Ombud för språk och dokumentation	Språkombuden stöttar kollegor och arbetsgrupp kring språk och kulturfrågor. Dokumentationsombud stöttar kollegor och arbetsgrupp mer renodlat med dokumentation.
Verkställighet SoL och LSS	Brister i dokumentation	Utbildningar i social dokumentation och IBIC	Basutbildning och fördjupningsutbildning.
Verkställighet SoL och LSS	Fel och brister i utförd insats	Aktivitetsplanering i Lifecare	Lifecare Aktivitetsplanering är ett digitalt verktyg som säkerställer att insatser och aktiviteter planeras, dokumenteras och följs upp på ett enhetligt och effektivt sätt.
Verkställighet SoL och LSS	Brukaren får inte beviljad insats utförd	Se åtgärd och granskning till risken fel och brister i utförande	Samma åtgärd och granskning till den andra risken inom område/process verkställighet SoL och LSS.

I verksamhetsplanen anges att kontrollen "Hantera avvikelser" kommer att granskas löpande då ett nytt IT-system och arbetssätt har införts för avvikelshantering. Ytterligare information om detta framgår i *kapitel 3.4*.

3.2.3 Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete

Vård- och omsorgsnämnden har beslutat om *Riktlinjer för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete*⁴. Av riktlinjen framgår att nämnden ansvarar för att verksamheten bedrivs i enlighet med de föreskrifter som finns i lag och förordning, samt i enlighet med de mål, riktlinjer och policys som kommunfullmäktige beslutat. I riktlinjen beskrivs även ansvarsfördelningen för kvalitetsarbetet i kommunen, vilken utgår ifrån vård- och omsorgsnämnden, sektorchef och kvalitets- och utvecklingschef. Där framgår att sektorchef har det övergripande ansvaret för det systematiska kvalitetsarbetet i sektorn, att avdelningschef har ansvaret för kvalitetsarbetet inom sin avdelning och att enhetschef ansvarar för kvalitetsarbetet inom sin enhet samt att medarbetarna är delaktiga. Sektorns medicinskt ansvariga sjuksköterska (MAS) och socialt ansvarig samordnare (SAS) har ett övergripande ansvar för att säkra och utveckla kvalitetsarbetet inom sektorn. Samtliga medarbetare uppges även ha ett ansvar att känna till och arbeta i enlighet med fastställda processer och rutiner, samt att medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

I riktlinjen beskrivs syftet med ledningssystemet vara att systematiskt och fortlöpande utveckla samt säkra kvaliteten i verksamheten. Vård- och omsorgsnämnden målbild för verksamheten är att insatserna ska präglas av trygghet, ansvarskänsla och bemötande. Dessa mål tar sitt avstamp i nämndens kvalitetspolicy "*Förmågan att tillfredsställa, eller helst överträffa kundernas behov och förväntningar*". Riktlinjen är framtagen utifrån Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) och redogör för hur sektor Vård och omsorg ska arbeta systematiskt med kvalitetsarbetet.

I riktlinjerna för ledningssystemet anges att rutiner som tagits fram för att säkerställa kvaliteten finns publicerade på kommunens intranät och uppdateras regelbundet av dokumentansvariga. Inom ramen för ledningssystemet finns det även ett processarbete med identifierade huvudprocesser, vilka leds av olika processteam som arbetar för processförbättring. Utöver intranätet framförs det i intervjuer att flera grundläggande rutiner i kvalitetsarbetet finns utskrivna och tillgängliga på arbetsplatserna.

3.3 RISKANALYSER OCH EGENKONTROLL

3.3.1 Riskanalyser

I *Riktlinjer för ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete* framgår att riskanalyser ska genomföras fortlöpande för att bedöma om det finns risker för att händelser som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet skulle kunna inträffa. Det framgår också att riskanalyser ska genomföras årligen inom ramen för arbetet med nämndens internkontrollplan.

Som stöd i arbetet med riskanalyser har en *Riktlinje för risk- och händelseanalys*⁵ tagits fram. Riktlinjen är i första hand inriktad på analys av risker och händelser som berör den enskilde utifrån rapporterade avvikelser, lex Sarah, lex Maria samt synpunkter och klagomål. Det framgår dock att riktlinjen kan tillämpas inom andra användningsområden där riskanalyser bör genomföras.

⁴ Ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete. Beslutat av Vård- och omsorgsnämnden 2021-08-26 §44.

⁵ Riktlinje Risk och händelseanalys. SAS, MAS. Senast reviderad 2021-11-16.

I riktlinjen framgår när en riskanalys ska göras, vad analysen kan omfatta samt rutiner för hur en riskanalys ska genomföras. Det framgår att riskanalyser syftar till att vidta förebyggande åtgärder innan något har inträffat. Enligt riktlinjen kan riskanalyser genomföras på olika nivåer; individnivå, enhetsnivå och övergripande organisatorisk nivå och som exempel lyfts att riskanalyser kan göras vid pågående arbetsprocesser, inför förändringar och/eller som en övergripande organisationsanalys. I intervjuer framförs att riskanalyser vanligtvis genomförs vid förändringar i verksamheten och vid förändrade behov/förutsättningar hos brukare. I riktlinjen framgår rutinen för hur arbetet med riskanalyser ska genomföras. Rutinen beskriver stegvis hur processen för en riskanalys ska gå till i verksamheten. Det framgår att identifierade risker ska bedömas utifrån allvarlighet och sannolikhet. Som stöd för riskbedömningar finns även en bedömningsmatris som kan användas vid behov. Efter en genomförd riskanalys ska åtgärder och metoder för uppföljning föreslås.

Riskanalyser som genomförs kring en brukare ska enligt upprättad riktlinje dokumenteras i brukarens journal, medan analyser på enhetsnivå ska dokumenteras i en handlingsplan och analyser på övergripande nivå ska dokumenteras i en handlingsplan. Vid förändringar i verksamheten avseende exempelvis personal eller teknik ska också en riskanalys göras utifrån arbetsmiljö. I intervjuer beskrivs det finnas tydliga rutiner och stöd för arbetet med riskanalyser.

3.3.2 Egenkontroller

Enligt *Riktlinjer för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete* ska egenkontroller genomföras i syfte att systematiskt följa upp och utvärdera den egna verksamhetens resultat, samt för att kontrollera att verksamheten bedrivs enligt de rutiner och processer som ingår i ledningssystemet. Enligt riktlinjerna ska enhetschefer använda egenkontroller för att systematiskt följa upp och utvärdera den egna enheten, medan avdelningschef ansvarar för att följa upp egenkontrollerna på avdelningsnivå. Därtill ansvarar MAS och SAS för att inom sina respektive ansvarsområden systematiskt följa upp och utvärdera verksamheten.

I intervjuer framförs att egenkontroller genomförs och dokumenteras i systemet Hypergene. Arbetet med egenkontroller i äldreomsorgen följer ett årshjul där olika områden behandlas tertiälvís under året. Egenkontrollerna har fördelats tertiälvís utifrån ett identifierat behov att arbeta mer regelbundet med egenkontroller under ett verksamhetsår, i stället för att enbart följa upp arbetet i slutet av året. Loggkontroller ska genomföras varje månad och dokumenteras i Hypergene varannan månad. Egenkontroller gällande upprättade genomförandeplaner ska följas upp tertiälvís som en indikator i Hypergene. Andra egenkontroller sker utifrån tertiälvís teman och ska följas upp under hela tertiälen. Under år 2025 har följande teman omfattats:

- Tertiäl 1 (januari-april): Trygga arbetssätt, säkra kunskap och professionellt förhållningssätt
- Tertiäl 2 (maj-augusti): Patientsäkerhet – hygien och patientsäkerhet – övrigt
- Tertiäl 3 (september-december): Säkerhet/beredskap, dokumentation och avvikelser

I en upprättad årskalender för enhetschefer⁶ framgår datum för när enhetschefer ska genomföra och rapportera olika egenkontroller, t.ex. avseende enhetsundersökning om äldreomsorg, loggkontroller, genomförandeplan och resultat för brukarundersökning äldreomsorg. Egenkontrollerna är återkommande varje år. Utöver uppföljningen som sker tertiälvís sker en samlad uppföljning av egenkontroller i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen i slutet av året.

⁶ Årskalender för enhetschefer 2025, uppdaterad 2024-12-23

I *Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen 2024* framgår att egenkontrollen under år 2024 visat på god följsamhet till rutiner inom bland annat basala hygienregler och dokumentation, men att det finns förbättringsområden såsom tydligare rutiner för egenvård och rutiner kring skydds- och begränsningsåtgärder.

I intervjuer framförs att egenkontrollerna i huvudsak tagits fram av utvecklingsenheten och ledningsgruppen utifrån olika risker som inhämtats från t.ex. avvikelser och verksamhetsbesök. I *Riktlinjer för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete* anges även vilka informationskällor som kan användas i arbetet med egenkontroller, exempelvis kvalitetsregister, brukarenkäter och avvikelserapporter. I intervjuer framförs att de befintliga egenkontrollerna bedöms vara ändamålsenliga och täcka de riskområden som finns inom verksamheterna.

3.3.3 Bedömning

Vår bedömning är att vård- och omsorgsnämnden **i allt väsentligt** säkerställt ett att det finns ett etablerat arbetssätt för riskanalys och egenkontroll.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska verksamheten fortlöpande bedöma om det finns risk för att händelser skulle kunna inträffa som kan medföra brister i verksamhetens kvalitet. I arbetet ingår att uppskatta sannolikheten för att händelsen inträffar samt att bedöma vilka negativa konsekvenser som skulle kunna bli följden av händelsen. Det finns upprättade riktlinjer samt tillhörande stödmaterial för arbetet med riskanalyser, vilka innehåller rutiner för bedömning av risker och hur riskerna ska förebyggas. Enligt riktlinjerna ska riskanalyser genomföras fortlöpande, vilket är i linje med Socialstyrelsens föreskrifter. Utifrån de upprättade riktlinjerna bedömer vi att det finns ett etablerat arbetssätt för riskanalyser inom äldreomsorgen.

När det gäller egenkontroller ska verksamheten enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) genomföras med den frekvens och omfattning som krävs för att säkra verksamhetens kvalitet. Vi noterar att det inom äldreomsorgen finns ett systematiskt arbetssätt avseende egenkontroller med årligen återkommande egenkontrollpunkter, t.ex. avseende genomförandeplaner och loggkontroller. Mot denna bakgrund bedömer vi att det finns ett etablerat arbetssätt för egenkontroller på övergripande nivå. För att ytterligare stärka arbetet och kopplingen till verksamheten bedömer vi att egenkontrollerna även bör grundas på riskanalyser som genomförs på enhetsnivå. Vi anser att riskanalyser på enhetsnivå skapar förutsättningar för att identifiera och hantera verksamhetsspecifika risker, vilket vi bedömer bidrar till det förebyggande kvalitetsarbetet.

3.4 AVVIKELSER, KLAGOMÅL OCH SYNPUNKTER

I *Riktlinjer för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete* framgår den övergripande processen för att hantera avvikelser, klagomål och synpunkter. I *Rutin för avvikelser och klagomål/synpunkt samt lex Sarah/Maria inom SoL, LSS, HSL*⁷ framgår vad som avses med

⁷ Rutin för avvikelser och klagomål/synpunkt samt lex Sarah/Maria inom SoL, LSS, HSL. Sektor vård och omsorg. Reviderad 2024-11-12

klagomål, synpunkter och avvikelser och hur dessa ska hanteras. I avsnitten nedan beskrivs hanteringen utifrån upprättade riktlinjer och rutiner.

3.4.1 Avvikelser

3.4.1.1 Rutiner för rapportering och hantering av avvikelser

Av Rutin för avvikelser och klagomål/synpunkt samt lex Sarah/Maria inom SoL, LSS, HSL framgår att samtliga medarbetare har en skyldighet att rapportera avvikelser i verksamheten. I rutinen framgår även definitionen av olika avvikelser, t.ex. bemötande, dokumentation eller fall.

Avvikelser ska rapporteras via kommunens avvikelshanteringssystem Lifecare. Enligt uppgift är systemet tillgängligt både via dator och på medarbetares telefoner. Ansvaret faller sedan på ansvarig chef att utreda avvikelserna. Utredningen ska enligt rutinen inledas samma dag som den rapporteras och avslutas inom 2 månader. Utredningen ska undersöka bakomliggande orsaker till det inträffade för att möjliggöra åtgärder som minskar risk för upprepning av det inträffade eller begränsa effekterna av händelser som inte kan förhindras helt. Rutinen innehåller även en bedömningsmatris som stöd i bedömningen av avvikelsernas allvarlighetsgrad. Matrisen innehåller en bedömningsskala om allvarlighetsgrad samt sannolikhet för upprepning, där bedömningen ska utgöra grunden för hur efterföljande utredning av avvikelserna genomförs. Utredningen ska resultera i en eller flera åtgärder som ska följas upp. Uppföljning ska ske på individnivå, enhetsnivå och sektorsnivå. SAS eller MAS fungerar som stöd och ska besluta om åtgärder när avvikelserna rör lex Sarah och lex Maria (se avsnitt 3.5 för ytterligare information). Uppföljning på sektorsnivå syftar till att upptäcka eventuella mönster och trender som framkommit i avvikelser i sektorn. Utifrån detta ska kompetens- och kunskapsinsatser, stödjande dokument eller andra åtgärder tas fram.

När en utredning avslutats ansvarar enhetschefen/avdelningschefen inom organisationen där avvikelserna förekommit för att informera medarbetarna om utredningens resultat samt vilka åtgärder som ska vidtas. Enligt uppgift följs avvikelserna upp i samband med APT:er och teamträffar. Enligt rutinen ska arbetslaget vara delaktiga i framtagandet av åtgärder.

Avvikelshanteringssystemet Lifecare infördes under hösten år 2024 och ersatte då ett annat avvikelshanteringssystem. Det nya systemet beskrivs underlätta för personal att rapportera avvikelser då personal numera har tillgång till systemet via sin telefon, vilket inte var möjligt med det tidigare systemet. Det nya systemet uppges dock ha medfört vissa svårigheter. Vid intervjuer har det framkommit att enhetschefers utredningar är mer tidskrävande i det nya systemet. Detta utifrån att det ofta förekommer återkommande avvikelser där åtgärder redan vidtagits, men att systemet ändå kräver en omfattande utredning. Detta uppges ha resulterat i att vissa utredningar blivit släpande och inte blivit gjorda inom utsatt tid. En annan brist som lyfts är att det tidigare var möjligt för exempelvis sjuksköterskor och rehabpersonal att läggas in som medutredare i ett ärende och göra anteckningar direkt i systemet, men att denna funktion saknas i det nya systemet. Detta uppges resultera i att berörd chef måste ta kontakt med dessa funktioner separat. Vidare lyfts även att avvikelser behöver avslutas och upprättas på nytt i de fall en avvikelse rapporterats med fel lagrum, vilket också uppges vara tidskrävande.

I intervjuer nämns att det nya framgent ska utvärderas. I vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för år 2025 finns också en åtgärd som berör det nya avvikelshanteringssystemet, där granskning av hur den nya avvikelshanteringen fungerar i

Lifecare genomförs under året (se *avsnitt 3.2.2*). I tertialrapport 2 år 2025 för vård- och omsorgsnämnden anges att granskningen som gjorts visat att följsamheten till rutinen för avvikelshantering brister. Granskningen har genomförts genom en stickprovskontroll som visat att 42 procent av avvikelserna saknar dokumenterad utredning. I tertialrapporten anges att riktade insatser krävs för att stärka följsamheten, samt att en fördjupad analys av orsakerna till utebliven utredning kommer att genomföras. Analysen ska sedan utgöra ett underlag för att identifiera och implementera relevanta förbättringsåtgärder.

3.4.1.2 Sammanställning och analys av avvikelser

Enligt upprättad rutin ska samtliga avvikelser redovisas i en sammanställning i den årliga patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen. I *Patientsäkerhet- och kvalitetsberättelse 2024* framgår tabeller som redovisar avvikelser utifrån socialtjänstlagen, LSS och hälso- och sjukvårdslagen på en övergripande nivå inom sektorn. Det framgår också en jämförelse av antalet avvikelser inom olika områden under de tre senaste åren och en analys av utfallet. Det anges exempelvis att en ökning av avvikelser syns inom samtliga lagrum, men framförallt inom socialtjänstlagens område, vilket enligt kvalitetsberättelsen skulle kunna förklaras av det nya avvikelshanteringssystemet som underlättar rapportering.

I tabellerna nedan redovisas antalet avvikelser inom olika avvikelsetyper som rapporterats inom särskilt boende respektive hemtjänst under perioden 2025-01-01 – 2025-08-31.

Särskilt boende	
Fall	680
Läkemedel	632
Omsorg, stöd och service	216
Vård, stöd och rehab	111
Hjälpmedel	52
Bemötande	36
Dokumentation	36
Till annan vårdgivare	29
Intern information samverkan	16
Klagomål och synpunkt	9
lex Sarah	9
Totalt	1834

Hemtjänst	
Fall	1030
Läkemedel	604
Omsorg, stöd och service	180
Intern information samverkan	58
Dokumentation	52
Vård, stöd och rehab	39
Klagomål och synpunkt	20
Hjälpmedel	19
Bemötande	17
Information personuppgiftsincident	15

Till annan vårdgivare	15
lex Sarah	3
Resor	1
Totalt	2053

De vanligaste bristerna som rapporteras inom både särskilt boende och hemtjänst avser fall och läkemedel. I *Patientsäkerhet- och kvalitetsberättelse 2024* anges att upprepade läkemedels- och fallavvikelser tyder på behov av ytterligare förebyggande åtgärder och utbildning. När det gäller avdelningen för äldreboende framgår också att åtgärder som rörelselarm, tätare tillsyn och regelbundna riskbedömningar via Senior Alert satts in i syfte att minska antalet fallolyckor.

3.4.2 Klagomål och synpunkter

Av *Rutin för avvikelser och klagomål/synpunkt samt lex Sarah/Maria inom SoL, LSS, HSL* framgår att klagomål och synpunkter kan inkomma till kommunen muntligt, skriftligt via en e-tjänst, genom broschyren "Tyck till", genom Inspektionen för vård och omsorg (IVO) eller patientnämnden. Rutinen anger att ett klagomål/en synpunkt ska rapporteras till ansvarig enhetschef när den inkommer till verksamheten. Enhetschefen ansvarar för att vid behov upprätta en avvikelse och utreda ärendet. Journalanteckning ska göras i den enskildas journal i det fall klagomålet/synpunkten berör en brukares insatser via SoL, LSS eller HSL.

Klagomål och synpunkter ska hanteras i samma system som avvikelser. Ansvar ligger på ansvarig enhetschef att säkerställa att personen som lämnat klagomålet/synpunkten får återkoppling i ärendet. Inkommer klagomål från IVO eller patientnämnden kan även SAS och MAS bistå enhetschefen i utredningen. Återkoppling ska då även ske direkt till den berörde eller genom yttrande till IVO/Patientnämnd enligt en särskild rutin.

Likt avvikelser redovisas en sammanställning av antalet synpunkter och klagomål som inkommit i den årliga patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen. Det lyfts vid flera intervjuer att det finns en risk att muntliga klagomål och synpunkter inte alltid registreras, särskilt de som kan hanteras direkt med brukare eller anhöriga. I *Patientsäkerhet- och kvalitetsberättelse 2024* framgår dock att antalet synpunkter och klagomål inom socialtjänstlagens lagrum har ökat under de senaste åren inom sektorn, från 64 stycken till 113 stycken år 2024.

3.4.3 Bedömning

Vår bedömning är att vård- och omsorgsnämnden **endast delvis** säkerställt att klagomål, synpunkter och avvikelser tas emot, utreds, sammanställs och analyseras för att säkerställa kvaliteten.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst ta emot och utreda klagomål och synpunkter på verksamhetens kvalitet från exempelvis personal, vård- och omsorgstagare och deras närstående. Samtlig personal som fullgör uppgifter inom socialtjänsten har skyldighet att rapportera avvikelser, synpunkter och klagomål, så kallad rapporteringsskyldighet. Inom sektor Vård och omsorg finns det upprättade riktlinjer och rutiner för hur avvikelser samt synpunkter och klagomål ska rapporteras, utredas och återkopplas. Därtill sammanställs och analyseras avvikelser på olika nivåer samt i den årliga patientsäkerhets- och

kvalitetsberättelsen. Vi bedömer utifrån detta att det finns styrande dokument för hanteringen av klagomål, synpunkter och avvikelser.

Vi noterar att rapportering och utredning av avvikelser sker i ett för verksamheten relativt nytt avvikelshanteringssystem. I granskningen har det framkommit att det nya systemet har underlättat rapportering av avvikelser, men i vissa hänseenden gjort det mer tidskrävande för ansvariga chefer att utreda avvikelser. För att säkerställa att avvikelser utreds i enlighet med upprättade riktlinjer bedömer vi att det är av vikt att det finns ett ändamålsenligt systemstöd. Vi noterar att en granskning av avvikelshanteringssystemet ingår nämndens internkontrollplan för år 2025, och att riskerna med systemet som framförts i granskningen ska utvärderas, vilket vi ser positivt på. Vi bedömer att det framgent är väsentligt att åtgärder vidtas utifrån dessa uppföljningar för att säkerställa att systemet är ändamålsenligt och på ett effektivt sätt stödjer det systematiska förbättringsarbetet. Därutöver bedömer vi att det finns ett utvecklingsbehov när det gäller utformningen av nämndens interna kontroll. Detta utifrån att flera av de granskningar och åtgärder som fastställs i internkontrollplanen enligt vår bedömning inte tydligt utgör uppföljande kontroller, dvs. kontroller av att olika processer i verksamheten sker i enlighet med lagstiftning och fastställda styrande dokument, utan snarare verksamhetsaktiviteter.

3.5 MISSFÖRHÅLLANDEN

I *Riktlinjer för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete* beskrivs rapporteringsskyldigheten avseende missförhållanden och risker för missförhållanden. Respektive chef har en skyldighet att informera sina medarbetare om rapporteringsskyldigheten. Det anges att utbildning inom området är obligatorisk för all personal som arbetar med brukare och vidareutbildning görs årligen.

3.5.1.1 Rutiner för rapportering och hantering av lex Sarah

I *Rutin för avvikelser och klagomål/synpunkt samt lex Sarah/Maria inom SoL, LSS, HSL* redogörs för hantering och rapportering av missförhållanden enligt lex Sarah. Utifrån bedömningsmatrisen i rutinen görs en bedömning om av en avvikelse är ett missförhållande/vårdskada eller allvarligt missförhållande/allvarlig vårdskada. Missförhållanden ska enligt rutinen utredas, analyseras och åtgärdas av enhetschef i samråd med SAS och avdelningschef. Allvarliga missförhållanden ska utredas av SAS i samråd med enhetschef och avdelningschef, samt skickas till IVO för vidare bedömning av åtgärder. Beslut om anmälan till IVO sker av SAS utifrån nämndens delegationsordning⁸.

Ansvarig chef har ett ansvar att informera organisationen där missförhållandet inträffat om vad som framkommit i utredningen samt vilka åtgärder som vidtagits. För lex Sarah/lex Maria ansvarar enhetschefen för att rapportera till sin ledningsgrupp. Kollegorna där ska sedan föra vidare informationen till sina enheter. Avdelningschef återkopplar lex Sarah/lex Maria anmälningar till ledningsgruppen för vidare lärande inom avdelningarna.

3.5.1.2 Sammanställning och analys av lex Sarah

En årlig sammanställning av lex Sarah-rapporter och utredningar redovisas i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen. Därtill får nämnden information om upprättade lex Sarah och lex Maria inom

⁸ Delegationsordning vård- och omsorgsnämnden, 2025-01-30

sektorn varje kvartal under en särskild punkt på dagordningen, samt vid redovisning av delegationsbeslut om missförhållandet anmäls till IVO.

Under perioden januari – augusti 2025 har det inkommit totalt tre rapporter enligt lex Sarah avseende hemtjänsten (inklusive trygghetslarm). Av dessa gäller en rapport brist i bemötande, en rapport avser användning av begränsningsåtgärd samt en rapport en fördröjd insats. Inom särskilt boende (inklusive korttidsboende) har det under perioden inkommit tio lex Sarah-rapporter. Av dessa rör tre rapporter brist i tillsyn, en rapport både användning av begränsningsåtgärd och brist i tillsyn, tre rapporter brist i bemötande, två rapporter brist i omvårdnad samt en rapport brist kopplad till ekonomi.

3.5.2 Bedömning

Vår bedömning är att vård- och omsorgsnämnden **i allt väsentligt** säkerställt att missförhållanden och påtagliga risker för missförhållanden rapporteras, utreds och åtgärdas för att säkerställa kvaliteten.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2011:9) ska den som bedriver socialtjänst utan dröjsmål dokumentera, utreda och avhjälpa eller undanröja ett missförhållande eller en påtaglig risk för ett missförhållande finns i 14 kap. 6 § socialtjänstlagen (2001:453). Det finns upprättade rutiner för hanteringen av missförhållanden och risker för missförhållanden. Rutinerna beskriver hur missförhållanden ska rapporteras, utredas och åtgärdas, samt hur information om missförhållanden ska spridas inom organisationen. Vård- och omsorgsnämnden informeras om missförhållanden varje kvartal, samt i slutet av året i samband med patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen. Vi bedömer utifrån detta att det finns tydliga riktlinjer och rutiner för hur missförhållanden ska hanteras för att säkerställa kvaliteten i verksamheten.

3.6 KOMPETENS HOS OMSORGPERSOALEN

I Riktlinjer för ledningssystemet för systematiskt kvalitetsarbete framgår att respektive enhetschef är ansvarig för att kvalitetssäkra och kvalitetsutveckla enhetens arbete och medarbetarnas kompetens. Det framgår också att medarbetarna själva är skyldiga att känna till och arbeta enligt fastställda rutiner och processer samt medverka i det systematiska kvalitetsarbetet.

3.6.1 Kompetens avseende kvalitetsarbetet

Av brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" år 2024 framgår att 82 respektive 89 procent av brukarna inom särskilt boende och hemtjänsten i Skövde kommun uppger att omsorgspersonalen har kunskap och kompetens.

I avsnitten nedan beskrivs hur äldreomsorgen arbetar med utbildning och kompetensutveckling för att säkerställa kompetens avseende kvalitetsarbetet hos personalen.

3.6.1.1 Kännedom om rutiner

I intervjuer framförs att personal har tillgång till rutiner inom kvalitetsarbetet via intranätet och de uppges vara lättillgängliga. Nya rutiner och/eller revideringar av rutiner uppges lyftas på APT:er

samt i samband med "veckans viktiga", vilket är ett informationsutskick till samtliga chefer och medarbetare som skickas ut veckovis.

I intervjuer framförs vidare att samtliga nyanställda inom äldreomsorgen informeras om gällande rutiner för kvalitetsarbetet i samband med introduktion. I en upprättad checklista för introduktion av vård- och omsorgspersonal framgår att nyanställda ska erhålla information om bland annat rutiner för rapportering av avvikelser, verksamhetssystem, genomförandeplaner och basala hygienrutiner. Därtill finns digitala utbildningar som medarbetare ska genomgå fortlöpande där bland annat information om kvalitetsarbetet ingår, exempelvis avseende professionellt bemötande inom vård och omsorg, kvalitetsgranskning av genomförandeplaner och information om avvikelser samt lex Sarah/lex Maria.

3.6.1.2 Verksamhetsbesök

SAS och MAS genomför årligen verksamhetsbesök inom sektor Vård och omsorg. Dessa besök kan ses som dialogmöten med olika enheter där verksamheten har möjlighet att ställa frågor till stödfunktionerna. Vid verksamhetsbesöken deltar bland annat representanter från enheten, enhetschef och omvårdnadsansvarig sjuksköterska. Syftet med besöken uppges vara att belysa områden som enheten behöver arbeta vidare med för att säkra kvalitén.

3.6.1.3 Kompetensutveckling och fortbildning

I vård- och omsorgsnämndens *Verksamhetsplan 2025 - 2027*⁹ framgår att nämnden har avsatt cirka 5,2 miljoner kronor för kompetensutveckling för medarbetare. Fokus för kompetensutvecklingen har dels varit på att säkerställa en hållbar kompetensförsörjning då det enligt verksamhetsplanen finns brist på utbildad personal inom vård och omsorg, där fokus legat på att attrahera och behålla personal, samt att arbetet inom äldreomsorgen ska bli mer attraktivt. Möjligheten till vidareutbildning till undersköterska, specialistundersköterska samt stödpedagog lyfts som viktiga insatser i detta arbete. I *Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen 2024* framgår att minst 80% av personalen inom hemtjänsten har en undersköterskeutbildning. Inom avdelning för äldreboenden anges att 25 vårdbiträden har fått möjligheten att utbilda sig till undersköterska genom Äldreomsorgslyftet. Arbetet uppges fortsätta även under år 2025.

Utifrån nationella brukarundersökningar, avvikelser och identifierade brister har olika utbildningsinsatser genomförts under de senaste åren, t.ex. pågår en utbildning i bemötande till följd av flera lex Sarah-rapporter rörande brister i bemötande. I intervjuer och *Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen 2024* lyfts bland annat följande utbildningar inom äldreomsorgen:

- Utbildning i bemötande
- Grundutbildning för hygienombud i
- Läkemedelshantering
- HLR
- Dokumentation

3.6.2 Språkkunskaper hos personal

Av brukarundersökningen "Vad tycker de äldre om äldreomsorgen?" år 2024 framgår att 78 respektive 88 procent av brukarna inom särskilt boende och hemtjänsten i Skövde kommun

⁹ Verksamhetsplan 2025 – 2027. Vård och omsorgsnämnden.

uppges att omsorgspersonalen pratar och förstår svenska. Dessa resultat kan jämföras med riksnittet för dessa frågor som ligger på 80,9 procent för särskilt boende och 87 procent för hemtjänst.

I vård- och omsorgsnämndens *verksamhetsberättelse 2024* framgår att en av de prioriterade kompetensutvecklingsinsatserna som genomförts under år 2024 har varit arbetet med språkutvecklande arbetsplatser. I *Patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen 2024* lyfts ett ökat behov av språkutveckling, där avdelningen för äldreboenden specifikt anses behöva fortsatt utveckling inom svenska språket hos personalen. Detta kopplas även till dokumentationskvalitet där språkfärdigheter hos personalen påverkar kvaliteten på genomförandeplaner samt övrig dokumentation. I intervjuer beskrivs en åtgärd för denna utmaning vara införandet av dokumentationsombud, vars roll beskrivs vara att ansvara för att skriva genomförandeplaner så att dessa blir tydliga och enhetliga. Vidare finns språkombud på samtliga enheter, vilka ska verka som ett stöd på enheterna vid språkfrågor och dokumentation. I vård- och omsorgsnämndens internkontrollplan för år 2025 ingår en åtgärd relaterat till brister i dokumentation kopplat till språkkunskaper, där åtgärden är att språkombuden stöttar kollegor och arbetsgrupper kring språk- och kulturfrågor. Dokumentationsombuden ska stötta kollegor och arbetsgrupp mer renodlat med dokumentation (se *avsnitt 3.2.2*).

Utöver språkombuden lyfts även andra insatser för att säkerställa språkkunskaper bland personal, exempelvis att redan i rekryteringskedet säkerställa tillräckliga språkkunskaper hos personal och att framöver använda tekniska hjälpmedel i form av en AI-chattbot som ska testa språkkunskaper vid anställningsintervjuer. Enligt uppgift ska eventuella ytterligare språkhöjande insatser ses över då kommunen inväntar en statlig utredning gällande språkkrav inom äldreomsorgen¹⁰.

3.6.3 Bedömning

Vår bedömning är att vård- och omsorgsnämnden **i allt väsentligt** säkerställt att personalen har kompetens vad gäller kvalitetsarbetet i verksamheten.

Samtlig personal inom äldreomsorgen genomgår en introduktion där centrala rutiner i verksamhetens kvalitetsarbete går igenom. En tydligt strukturerad introduktion är en viktig del i att säkerställa att personal har en grundläggande förståelse för hur kvalitetsarbetet är organiserat och vilka skyldigheter som medarbetare har. Utöver detta genomförs utbildningar med fokus på bland annat kvalitetsarbetet löpande, vilket vi bedömer bidrar till att säkerställa att kunskap hos personal upprätthålls.

Vidare noterar vi att det genomförs riktade utbildningsinsatser utifrån identifierade behov och risker i verksamheten, exempelvis avseende bemötande och dokumentation, vilket vi ser positivt

¹⁰ "Ett språkkrav för språkutveckling"

på. Mot bakgrund av detta bedömer vi att det finns etablerade arbetssätt och strukturer som säkerställer att personal har grundläggande kompetens om kvalitetsarbetet i verksamheten.

Vår bedömning är att vård- och omsorgsnämnden **i allt väsentligt** vidtagit åtgärder i syfte att höja omsorgspersonalens språkkunskaper som bidrar till att säkerställa en vård och omsorg av god kvalitet inom särskilt boende och hemtjänst.

Det pågår språkhöjande insatser inom äldreomsorgen för att kunna leverera en vård och omsorg av god kvalitet. Det har inom samtliga enheter införts språkombud med ansvar för att stödja kollegor i språkutveckling. Verksamheten har själva identifierat konsekvenser i dokumentation kopplat till bristande språkkunskaper, varpå dokumentationsombud också har införts för att säkerställa tydlig och enhetlig dokumentation.

Vi noterar att språkutveckling lyfts som en prioriterad kompetensutvecklingsinsats samt att det i patientsäkerhets- och kvalitetsberättelsen framgår att behovet av språkutveckling inom äldreomsorgen kvarstår, särskilt kopplat till dokumentationskvalitet. Det finns således språkutmaningar som fortfarande påverkar förutsättningarna för att uppnå en vård och omsorg av god kvalitet. Vi bedömer att det är positivt att vård- och omsorgsnämnden följer arbetet med språkombud och dokumentationsombud inom ramen för sitt internkontrollarbete. Vi bedömer att det är av vikt att språkhöjande insatser följs upp och utvärderas för att säkerställa att personal har tillräckliga språkkunskaper som bidrar till en vård och omsorg av god kvalitet, samt att vid behov se över om ytterligare åtgärder behöver vidtas.

4 SAMLAD BEDÖMNING OCH REKOMMENDATIONER

Syftet med granskningen har varit att bedöma om vård- och omsorgsnämnden säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom särskilt boende och hemtjänst.

Vår samlade bedömning utifrån granskningens syfte är att vård- och omsorgsnämnden i allt väsentligt säkerställt ett ändamålsenligt systematiskt kvalitetsarbete utifrån Socialstyrelsens föreskrifter inom särskilt boende och hemtjänst.

Se inledning samt respektive rapportkapitel för en mer detaljerad beskrivning.

Utifrån resultatet av vår granskning rekommenderar vi vård- och omsorgsnämnden att:

- Säkerställa att det nya avvikelshanteringssystemet fungerar ändamålsenligt och stödjer arbetet med att hantera och utreda rapporterade avvikelser.
- Säkerställa att utredning av rapporterade avvikelser genomförs inom fastställda tidsramar.
- Tillse att egenkontroller inom äldreomsorgen även grundas på riskanalyser som genomförs på enhetsnivå.
- Överväga att se över internkontrollplanens utformning för att tillse att planen innehåller uppföljande kontroller och att övriga aktiviteter planeras på annat sätt.
- Följa upp och utvärdera effekterna av språkbudens och dokumentationsombudens arbete i syfte att bedöma om insatserna leder till förbättrade språkkunskaper inom äldreomsorgen.
- Se över behovet av ytterligare språkhöjande insatser inom äldreomsorgen utifrån identifierade behov.

Datum som ovan

Azets Revision & Rådgivning AB

Ludwig Reiser

Certifierad kommunal revisor

Olivia Gonzalez

Verksamhetsrevisor

Mikael Lind

Certifierad kommunal revisor och kvalitetssäkrare